Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

25 424 Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 320

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 juni 2016

In 2014 is de generalistische Basis GGZ ingevoerd. Daarmee beogen we een verschuiving vanuit duurdere gespecialiseerde zorg naar lichtere zorg dichter bij huis te realiseren. Om de invoering en verdere ontwikkeling van de GGZ na deze verandering te kunnen volgen, heb ik KPMG Plexus opdracht gegeven om gedurende de afgelopen twee jaar de monitor generalistische Basis GGZ uit te voeren. Bijgaand stuur ik u de laatste en meest recente rapportage[1].

Aanleiding

De generalistische Basis GGZ is ingevoerd met als doel een passende behandeling op de juiste plaats van mensen met psychische klachten en stoornissen. De huisartsenzorg is er voor de behandeling van lichte klachten en stoornissen, en ook voor begeleiding van patiënten met een gestabiliseerde chronische aandoening. Patiënten met een lichte tot matige niet-complexe stoornis die niet in de huisartsenzorg kunnen worden behandeld, horen thuis in de generalistische Basis GGZ. De gespecialiseerde GGZ is bedoeld voor patiënten met een hoog risico en/of complexe stoornis. Een deel van de patiënten uit de voormalige tweedelijn kan daarmee sinds 2014 in de generalistische Basis GGZ behandeld worden. Om de huisarts verder te ondersteunen is de module POH-GGZ (Praktijkondersteuner Huisartsen GGZ) versterkt: er is meer geld beschikbaar gesteld en via deze module is onder andere mogelijk geworden om e-health in te zetten of een gespecialiseerde GGZ-zorgverlener te consulteren.

Monitorrapportage juni 2016

In de voorliggende rapportage worden bevindingen op twee niveaus weergegeven:

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

kst-25424-320
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2016

1) regionale data van betrokken instellingen binnen drie deelnemende regio's over het eerste en tweede halfjaar van 2014 en 2015 in vergelijking met voorgaande jaren;
2) voor het eerst ook landelijke data over het eerste en tweede halfjaar van 2014 in vergelijking met de jaren ervoor.

In voorgaande monitors was het niet goed mogelijk om data van vrijgevestigde aanbieders mee te nemen, in de landelijke dataset zijn de vrijgevestigde aanbieders wel meegenomen. De landelijke data lenen zich meer voor algemene conclusies dan de eerder gepresenteerde regionale data. Er moet daarbij vooraf wel benadrukt worden dat de landelijke data alleen het eerste jaar na invoering van de generalistische Basis GGZ bestrijken.

De monitor laat een beweging in patiëntenaantallen zien, die aan lijkt te sluiten bij het uitgangspunt van de stelselherziening: we zien meer patiënten bij de huisarts/POH-GGZ en in de generalistische Basis GGZ, en minder patiënten in de gespecialiseerde GGZ. Tegelijkertijd is op basis van de kwantitatieve analyse in de monitor niet eenduidig aan te geven wat de onderliggende oorzaken en mechanismen van de verschuivingen zijn. De monitor roept in die zin weer nieuwe vervolgvragen op, hetgeen ook in de overleggen met de sector over de uitkomsten van de monitor aan de orde kwam. Met name is er behoefte aan een meerjarig landelijk beeld van de ontwikkelingen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in de Marktscan GGZ 2015 deel A (Kamerstuk 25 424, nr. 315) al aangekondigd dat zij zelf de patiëntenstromen tussen de diverse ggz-segmenten nader willen onderzoeken. In aanvulling daarop bekijk ik momenteel hoe ik, in overleg met de sector, de monitoring van de ontwikkelingen in de generalistische Basis GGZ het beste een vervolg kan geven.

In 2014 was de verschuiving nog beperkt: veruit de meeste patiënten kwamen in de gespecialiseerde GGZ terecht, en daar werd ook het overgrote deel van de kosten gemaakt. Ik verwacht dat hier de komende jaren nog verschuivingen zullen gaan optreden. Goede verwijzing door de huisarts en goede afspraken over op- en afschalen tussen de verschillende professionals vind ik daarbij van groot belang: het zorgaanbod en de zorgaanbieder moeten zo goed mogelijk aansluiten op de zorgvraag van de patiënt, ook als deze zorgvraag gedurende de behandeling verandert. Het is een goede zaak dat partijen hiermee aan de slag zijn in het kader van het Kwaliteitsstatuut en de Agenda voor gepast gebruik en transparantie in de GGZ.

Uit de monitor blijkt dat in 2015 meer dan 83% van de huisartsen een POH-GGZ heeft, en ook is het aantal patiënten bij de POH-GGZ de afgelopen jaren sterk toegenomen. De functie POH-GGZ is duidelijk in ontwikkeling. Tegelijkertijd is er nog geen uniform beeld over de reikwijdte van de zorg die een POH-GGZ levert. Dat is wel nodig om de kwaliteit van de zorg te waarborgen. In de Agenda voor gepast gebruik en transparantie hebben partijen aangegeven te gaan werken aan heldere standaarden over de werkwijze van de POH-GGZ. Ik zal de vorderingen op dit punt nauwgezet volgen. Ik roep partijen op om te investeren in het vergroten van de aandacht voor het takenpakket en het functieprofiel van de POH-GGZ. Ik zal de komende tijd monitoren wat de opleiding is van de POH-GGZ, hoe de behandeling eruit ziet en wat precies het doorverwijsgedrag is vanuit de POH-GGZ. Ik verwacht de eerste resultaten dit najaar.

Samenwerking in een keten

Een patiënt kan alleen een passende behandeling op de juiste plaats krijgen, als de verschillende echelons in de GGZ goed met elkaar samenwerken. Het Kwaliteitsstatuut moet bijdragen aan die samen-

werking. Om de samenwerking naar een hoger niveau te tillen, zijn er momenteel verschillende initiatieven die binnen de Beleidsregel Innovatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) experimenteren met een GGZ-keten binnen de organisatie van de huisartsenzorg. Het is een positieve ontwikkeling dat dit soort initiatieven wordt ontplooid om de huisartsenzorg en de GGZ beter met elkaar te verbinden. Aandachtspunt bij deze ontwikkelingen vind ik onder meer de reikwijdte van de huisartsenzorg: in hoeverre kan de huisarts de eindverantwoordelijkheid voor een behandeltraject in de curatieve GGZ dragen? En in welke mate gelden dan de voorwaarden die van toepassing zijn bij de curatieve GGZ, zoals het hebben van een Kwaliteitsstatuut? In het Algemeen Overleg GGZ van 26 mei jl. heb ik u toegezegd met de NZa te bespreken hoe dergelijke initiatieven ook na afloop van de innovatieperiode ruimte geboden kan worden, binnen de huidige wet- en regelgeving. Ketensamenwerking heeft ook een plek gekregen in de Agenda voor gepast gebruik en transparantie, en ik ga hierover ook zelf met de sector in gesprek.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers